

Liebe Patienten, liebe Eltern,

für eine optimale Zusammenarbeit benötigen wir möglichst viele Informationen über dich und bitten daher um das vollständige Ausfüllen der folgenden Zeilen. Denn nur so können wir deine Behandlung, bzw. die Ihres Kindes, sicher und entspannt gestalten. Deine/ Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Deine persönlichen Daten/

Angaben zu Ihrem Kind

Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Geburtsort: _____

Kontakt

Strasse: _____
Ort: _____
Telefon privat: _____
Telefon mobil: _____
Tel. geschäftl.: _____
Fax: _____
Email: _____
Arbeitgeber: _____

Wann sind Sie telefonisch erreichbar?

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- Persönliche Empfehlung von: _____
- Überweisung durch: _____
- Sonstiges _____

Dürfen wir sie an Ihre Termine erinnern

- Ja Nein

(Bitte dann Handy-Nr. oder E-Mail angeben!)

Was ist das Wichtigste für Sie? (Bitte beschreiben Sie in kurzen Stichworten Ihr konkretes Problem und Ihre Erwartungen)

Aktuell: _____

Langfristig: _____

Versicherter

Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Beruf*: _____
Strasse*: _____
Ort*: _____

**falls abweichend bitte eintragen*

Krankenkasse (Bitte Namen angeben)

Gesetzliche Krankenkasse:

- pflichtversichert*
 freiwillig versichert*
 Private Zusatzversicherung*

Welche? _____

Private Krankenkasse:

- Privatversichert Ja Nein
Basistarif Ja Nein
ergänzend zur Beihilfe Ja Nein

Beihilfeberechtigt Ja Nein

Beihilfeergänzungstarif Ja Nein

Risikoanamnese (Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an **und** ergänzen Sie die Angaben möglichst genau, damit wir Komplikationen während der Behandlung vorbeugen und Risiken minimieren können)

Leidet oder litt Ihr Kind an einer der folgenden Erkrankungen?

Besteht eine Covid-19 Infektion (Corona): _____ Ja Nein

Infektionserkrankungen (HIV, TBC, Hepatitis etc.): _____ Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Herz- oder Kreislauferkrankungen (z.B. Bluthochdruck, künstl. Herzklappe etc.): _____ Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Hast Du einen Herzschrittmacher?: _____ Ja Nein

Bluterkrankungen (z.B. Gerinnungsstörungen, lange Blutungszeiten etc.): _____ Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Hormonelle Erkrankungen (z.B. Diabetes, Schilddrüse etc.): _____ Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Chronische Erkrankungen (z.B. Rheuma, MS, Krebs etc.): _____ Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Medikamentenunverträglichkeiten: _____ Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Allergien: _____ Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Epilepsie (Fallsucht): _____ Ja Nein

Erkrankungen der Augen (z.B. grauer Star etc.): _____ Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Lungen- bzw. Atemwegserkrankungen: _____ Ja Nein

Sonstige Erkrankungen: _____ Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Benötigst Du regelmäßig Medikamente? _____ Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Besteht eine Schwangerschaft? _____ Ja Nein

Wurden in den letzten 12 Monaten Röntgenbilder von Ihnen angefertigt? _____ Ja Nein

Wenn ja, wann und von welcher Körperregion: _____

und von welchem Arzt: _____

Welche Blutgruppe hat Ihr Kind ? _____

Wurde bereits eine Polypenentfernung durchgeführt? _____ Ja Nein

Zahnärztliche Anamnese

Ist Dir selbst aufgefallen, bzw. Ist Ihnen aufgefallen, dass ...

«Du oft durch den Mund atmest (vor allem nachts)? _____ Ja Nein

«Du schnarchst? _____ Ja Nein

«Du mit den Zähnen knirscht oder presst? _____ Ja Nein

Wenn ja, was? Knirschen Pressen

Wann? _____

die Zähne nicht richtig aufeinander passen? _____ Ja Nein

die Kiefergelenke knacken? _____ Ja Nein

Wenn ja, wann? _____

die Kiefergelenke schmerzen? _____ Ja Nein

Wenn ja, wann? _____

«Du im Regelfall nur auf einer Seite kaust? _____ Ja Nein

«Du Ohrgeräusche hast? _____ Ja Nein

das Zahnfleisch blutet? _____ Ja Nein

Wenn ja, wie oft? selten häufig

Beeinflussen die aufgeführten Beschwerden das Wohlbefinden oder den Schlaf Ihres Kindes?

Ja Nein

Bist Du in kieferorthopädischer Behandlung? _____ Ja Nein

Wann war die letzte Zahnbehandlung?

Was wurde gemacht?

Bist Du in logopädischer Behandlung? _____ Ja Nein

Die Beantwortung der folgenden Fragen hilft uns, deinen bzw. Ihren Wissensstand und die Mundhygienegewohnheiten einzuschätzen. Sie ermöglichen es uns somit, aus einer einfachen Prophylaxe eine **Individualprophylaxe** zu machen, die perfekt auf die Bedürfnisse deiner, bzw. auf die Zähne Ihrer Kinder abgestimmt ist.

Wie häufig putzt Du Zähne?

1x täglich 2x täglich 3x täglich nach jeder Mahlzeit

nach Bedarf nie weiß nicht

Putzen Sie als Elternteil nach? Ja Nein

Welche Zahnbürste benutzt Du?

elektrisch _____ Handzahnbürste _____

Welche Zahnpasta benutzt Du?

Wie lange putzt Du Zähne?

1 Minute 2 Minuten 3 Minuten länger als 3 Minuten weiß nicht

Wie häufig trinkst Du süße Getränke?

nie manchmal oft

Wie häufig gibt es Süßigkeiten zu essen?

nie manchmal oft

Wie viele Zwischenmahlzeiten gibt es täglich (alle Arten von Snacks)?

1 2 3 mehr als 3

Wie beurteilst du deine Ernährung, wie beurteilen Sie die Ernährung Ihres Kindes?

- vollwertig und ausgewogen
- unregelmäßig ausgewogen
- unausgewogen

Hätten Sie gern mehr Informationen zum Thema Zahnpflege und Vorbeugung? Ja Nein

Persönliches

(Mit der Beantwortung dieser Fragen erleichtern Sie uns die Gesprächsführung mit Ihrem Kind - besonders Kinder freuen sich, wenn Sie als etwas ganz Besonderes behandelt werden.)

Hast Du

eine Lieblingsfarbe, welche? _____

eine Lieblingsspeise, welche? _____

ein Lieblingsspielzeug, welches? *(Bitte auch mit Namen angeben!)* _____

ein Hobby, welches? _____

einen besonderen Berufswunsch? _____

War Ihre Kind schon einmal beim Zahnarzt? Ja Nein

Wenn ja, wann das erste Mal und warum? _____

War Ihr Kind schon einmal bei einer Individualprophylaxe? Ja Nein

Wenn ja, wann das letzte Mal? _____

Gehen Sie regelmäßig zu Kontrolluntersuchungen beim Zahnarzt? Ja Nein

Hat Ihr Kind Angst vor dem Zahnarzt? Ja Nein

Wenn ja, was denken Sie warum? _____

Wie äußert sich dies? _____

Bitte beachten Sie folgende Hinweise:

Keine Haftung und Ersatz für Kleidung, die bei der Behandlung in der Zahnarztpraxis Peter W. Hirschfeld beschmutzt wird.

Ich erkläre mich darüberhinaus mit der Anfertigung von Fotos zu Zwecken der Dokumentation bzw. Veröffentlichung im zahnmedizinischen Zusammenhang einverstanden, sofern meine Identität dabei nicht preisgegeben wird. Außerdem stimme ich der Audioaufzeichnung von Beratungsgesprächen zu Dokumentationszwecken zu.

Ferner versichere ich die Richtigkeit der vorstehenden Angaben.

Bitte kreuzen Sie an:

[] Ich habe die o.g. Hinweise gelesen und stimme hiermit zu.

Ort

Datum

Unterschrift Patient/ Versicherter